（様式3）

障害についての理解啓発人材バンクにかかる活動報告書

障害についての理解啓発人材バンクの講師として、以下のとおり活動しましたので報告します。

令和　　年　　月　　日

講師氏名

　　（団体の場合は、代表者氏名を御記入願います。）

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者 |  |
| 実施日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 場　所 |  |
| 内　容 |  |

実施後、２週間以内に提出願います。確認後、指定された口座に報償費を振り込みます。

**提出先　福知山市役所（1階）　障害者福祉課コミュニケーション推進係**

TEL:２４－７０１７　　FAX:２２－９０７３